ENTWICKLUNG DER OBDUKTIONEN IN BAYERN IN DEN JAHREN 1960 - 1969

Nikoline Marinova

1972

AUS DEM INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. W. SPANN

ENTWICKLUNG DER OBDUKTIONEN IN BAYERN IN DEN JAHREN 1960 - 1969

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Nikoline Marinova

aus München

München 1972

UNIV. LEIDEN BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Priv.-Doz. Dr. E. W. LIEBHARDT
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. W. SPANN
Dekan:	Prof. Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 5.12.1972

I N H A L T

I. EINLEITUNG 5

1. Kurzer Abriss der Sektionsgeschichte

a) Geschichte der klinischen Sektion

b) Geschichte der gerichtlichen Sektion

2. Wesen der Sektion 11

a) Gerichtliche Sektion 11

b) Klinische Sektion 12

3. Rechtmässigkeit der Sektion 14

4. Zielsetzung 18

II. PROBLEM 19

III. STATISTISCHE ERHEBUNGEN UND TABELLARISCHE AUSWERTUNG 20

IV. DISKUSSION 26

V. ZUSAMMENFASSUNG 36

VI. LITERATUR 37

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546014_0031

I. EINLEITUNG

Der Drang das Geheimnis des Todes zu lüften ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheit. Den Toten umspielte immer schon Aberglaube, Furcht und Geheimnis. Von Anfang an bestand eine Scheu vor Eingriffen an menschlichen Leichen, die nicht nur auf dem natürlichen Pietätsempfinden beruhte, sondern auch bedingt war durch den animistischen Glauben an ein Fortbestehen der Bindung der Seele an den Körper, der Pflicht der Seele Ruhe zu verschaffen durch die Bestattung des unversehrten Leichnams und der Angst, die ruhelose Seele könnte auf die Lebenden einen schädlichen Einfluss ausüben.

Im Altertum waren Untersuchungen an menschlichen Leichen aus religiösen Vorstellungen unmöglich:
So erschien es den Griechen als das härteste Schicksal nach dem Tode unbeerdigt zu bleiben; wer eine Leiche fand und diese nicht beerdigte, wurde mit dem Tode bestraft.
Die Römer ahndeten Leichenöffnungen sehr streng auf Grund der sog. Sepulcri violatio.
Der Talmud der Juden verbot die Sektion als Schändung und Entehrung des Verstorbenen. Nur zu ihren Lebzeiten entehrte Menschen, wie Verbrecher und Prostituierte etc. durften seziert werden. Noch heute gelten die Juden als sektionsfeindlich und verweigern die Sektion häufig aus rituellen Gründen.
Die Perser waren aus religiös-hygienischen Gründen gegen die Sektion, da nach der Lehre Zarathustras der Leichnam als unrein galt, und

man sich schon vor dessen Berührung hüten musste. Eine Sektion hätte für den Anatom eine so schwere Verunreinigung bedeutet, dass keine noch so intensive Waschung ausgereicht hätte, ihn von dieser Verunreinigung zu befreien.
Auch in der christlichen Zeit war der menschliche Leichnam unantastbar; seine Sektion war verboten und wurde mit dem Tode bestraft.

Die ersten Träger der Heilkunst waren Medizinmänner, Zauberer und Priester, damit waren auch die Methoden zur Klärung der Todesursache mehr als mangelhaft. Erst als die ersten Mediziner wissenschaftliche Erkenntnisse zu erarbeiten begannen, fanden auch die ersten Obduktionen, wenn auch fast ausschliesslich an Tieren, statt. Gleichzeitig damit nahmen auch die Kenntnisse der Anatomie, Grundlage jeder wissenschaftlichen Obduktion, zu.

Es war schon den alten Medizinern in der Antike klar, dass nur die Obduktion letzte Erkenntnisse über die Todesursache vermitteln konnte. Die dabei gewonnenen Erfahrungen kamen je nach Stand des jeweiligen medizinischen Wissens den Lebenden zugute.

Bei den Ägyptern gaben die Einbalsamierungen gewisse Einblicke in die Anatomie des Menschen. Die Einbalsamierungen wurden jedoch von Nichtärzten ausgeführt. Die sieben medizinischen Papyri geben Hinweise auf Kenntnisse vom Bau des menschlichen Körpers.
Die ersten überlieferten Teilsektionen liegen in der Zeit des Hippokrates im 5. Jh. v. Chr. Im klassischen Altertum wurden teilweise regelmässig Sektionen vorgenommen, wobei der Wunsch, die Todesursache zu klären mit der Mehrung der Kenntnisse der menschlichen Anatomie wohl gleichrangig waren. Rein medizinische Obduktionen werden aus dem ptolomäischen Ägypten überliefert. Aus dem alten Griechen-

land stammen die ersten wissenschaftlichen Erkenntnisse. Eristratos (300 v. Chr.) begründete durch seine Autopsien bereits Anfänge einer pathologischen Anatomie. So erkannte er bereits den Zusammenhang des Ascites mit der Leberzirrhose und stellte toxische Veränderungen der Leber als Folge von Schlangenbissen fest. Galen (2. Jh. n. Chr.), der bedeutendste Mediziner seiner Zeit, war überzeugt, dass die Kenntnis vom Bau des menschlichen Körpers die Grundlage der Heilkunst bildet. Da er aber fast nur Tiere sezierte und seine daraus gewonnenen Erkenntnisse auf den Menschen übertrug, waren viele seiner anatomischen Vorstellungen falsch.

Im christlichen Abendland führte der Einfluss der Kirche zum Verbot der Sektionen. Erst im 13. Jahrhundert erfolgte durch die Schaffung der Universitäten ein Aufblühen der medizinischen Wissenschaft; es kam zur Wiedereinführung der Sektionen und zur Belebung der Anatomie. Kaiser Friedrich II. erliess 1238 und 1240 eine Medizinalverordnung, nach welcher "Ärzte und Chirurgen beider Sizilien" zur Erlernung der Anatomie des menschlichen Körpers verpflichtet wurden. Kaiser Karl IV. baute diese Verordnung weiter aus; danach wurden auch die Studenten zur Teilnahme an Sektionen menschlicher Leichen verpflichtet. Leider war dieser Erlass in seiner Wirksamkeit eingeschränkt, da nur alle fünf Jahre die Sektion eines Hingerichteten vorgenommen werden durfte. Auf Grund dieses Erlasses wurden aber auch in anderen Staaten, wie Frankreich, Spanien und Deutschland Sektionen ausgeführt. Sie dienten aber in erster Linie der Unterrichtung der Ärzte und weniger der Forschung. Immer wieder musste auch der Widerstand der Kirche gebrochen werden. Erst während der Renaissance, Beginn der abendländischen Neuzeit, kommt es unter dem Einfluss der Päpste Paul V., Pius VI. und Sixtus IV. zur Genehmigung der Sektionen durch die Kirche. Jedoch blieben die Sektionen bis in das 16. Jahr-

hundert hinein noch selten. Im allgemeinen wurden Leichen von Hingerichteten für die Sektionen zur Verfügung gestellt. Vereinzelt sollen auch Hospitäler Leichen geliefert haben. Wegen des Mangels an Leichen kam es auch zu Leichendiebstählen, begünstigt durch den Umstand, dass die meisten Sektionen in den Wohnungen der Lehrer durchgeführt wurden.

In Cremona wurden 1286 nach einer Epidemie ein Opfer der Seuche zur Klärung der Todesursache seziert.

1308 empfahl der Rat von Venedig dem ärztlichen Kollegium jährlich eine Sektion durchzuführen. In Padua ist die älteste Sektion 1341, in Florenz 1388 nachweisbar. In Pavia war der Polizeipräsident im 15. Jahrhundert verpflichtet, der medizinischen Fakultät auf Ersuchen Leichen beiderlei Geschlechts zur Verfügung zu stellen.

Ausserhalb Italiens begann man erst viel später Sektionen durchzuführen. In Wien fand die erste Sektion 1404, in Paris 1478 und in Straßburg 1517 statt. In Deutschland war die erste Universität, die Obduktionen durchführte durfte, Tübingen. Allerdings mit der Einschränkung, dass nur alle vier Jahre zur kalten Jahreszeit die Sektion eines Hingerichteten vorgenommen werden durfte. Während der Sektion, die Tage, ja Wochen dauern konnte, mussten alle Teilnehmer eine Seelenmesse anhören und sich verpflichten keine Leichenteile mitzunehmen und die Überreste nach Beendigung der Sektion zu bestatten. Diese Vorschrift zeigt die Scheu vor dieser damals in Deutschland noch ganz neuen Einrichtung. Durch ihre Seltenheit wurde die Sektion zu einer Art Attraktion, zu der Ärzte und Studierende aus der Umgebung drängten, aber auch andere Gelehrte und Standespersonen nahmen daran teil. Die Obrigkeit versuchte der Obduktion den Nimbus einer Sensation zu nehmen und bestand auf möglichst unauffällige Durchführung der Sektion.

Als Begründer des Fachs Pathologie gilt Battista Morgagni (1682-1771).

Er verglich als erster die Ergebnisse der Leichenöffnungen mit den während des Lebens beobachteten Erscheinungen um ein vollständiges Bild der krankhaften Vorgänge, der Grundlagen und der Entwicklung des Krankheitsprozesses zu gewinnen. Die Ergebnisse der Forschungen und Erkenntnisse aus seinen Obduktionen veröffentlichte er in den fünf Bänden seines Werkes: De sedibus et causis morborum per anatomem indigatis libri quinti.

Die Sektionen standen trotzdem weiter im Zwielicht, bis Anfang des 19. Jahrhunderts die Obduktionen in Frankreich zu neuer Geltung kamen. 1819 wurde Friedrich Lobstein auf den ersten Lehrstuhl für pathologische Anatomie in Strassburg berufen. Der nächste Lehrstuhl wurde 1836 in Paris errichtet. Seit 1837 fand in Göttingen ein regelmässiger Unterricht in pathologischer Anatomie mit Sektionen und Demonstrationen statt. Es folgte Berlin, und unter dem Einfluss Rudolf Virchows (1821-1902) wurden dann an allen deutschen Universitäten Lehrstühle für pathologische Anatomie geschaffen. Ebenfalls in den Anfang des 19. Jahrhunderts fällt die Einführung der Mikroskopie; es kommt zu den ersten Erkenntnissen der Geschwulstlehre durch Johannes Müller, dessen Schüler Rudolf Virchow die pathologische Mikroskopie zusammen mit der pathologischen Anatomie am Seziertisch zur Hauptgrundlage der medizinischen Wissenschaft überhaupt macht.

Von der Fortentwicklung der Anatomie und auch der pathologischen Anatomie blieb auch die gerichtliche Medizin nicht unberührt. Die Bedeutung der Feststellung der Todesursache durch die Sektion bei gerichtlichen Fällen wurde erkannt.

Die erste gerichtsmedizinische Sektion soll 1302 in Bologna bei dem Verdacht einer Vergiftung stattgefunden haben. Schon 1250 soll Hugo von

Lucca als Stadtarzt in Bologna zur Zeugnisablegung in gerichtlichen Fällen verpflichtet gewesen sein. Auch in Frankreich war es üblich Ärzte zu gerichtlichen Gutachten hinzuzuziehen.

Nachdem es in Deutschland nur richterliche Leichenschauen gab, schreibt 1507 die Bambergische Halsgerichtsordnung eine Leichenschau durch Sachverständige vor. Zu den frühesten Aufgaben der gerichtlichen Medizin gehörte die Beurteilung von Verletzungen, zunächst nur am Lebenden. Erst später kam die "inspectio cadaveris" dazu, bei der nur die äussere Besichtigung und eventuell die Prüfung der Wunde mit der Sonde vorgenommen wurde. Im 16. Jahrhundert wurde die "Sectio vulneris" gebräuchlich, und zwar zunächst nur die Eröffnung der verletzten Körperhöhle. Erst ab Mitte des 17. Jahrhunderts kam es grundsätzlich zur "Sectio cadaveris". Von da an wurde die Sektion zu einer wesentlichen Voraussetzung der fortschreitenden Entwicklung der gerichtlichen Medizin. Die erste behördliche Verordnung, die die Eröffnung des ganzen Leichnams verlangte, stammt aus Württemberg vom Jahre 1686. Dies scheint jedoch eine Ausnahme gewesen zu sein. Bohn verlangte bereits 1689 die Eröffnung aller drei Körperhöhlen, wie sie heute nach der Strafprozessordnung von 1877 § 89 üblich ist.

Es fehlte auch nicht an Stimmen gegen die gerichtliche Sektion, merkwürdigerweise vor allem aus juristischen Kreisen. Einige Rechtsgelehrte hielten es für unwürdig sich von Ärzten belehren zu lassen und die gerichtliche Sektion für überflüssig. Aber trotz der vielen Gegner der Leicheneröffnung bürgerte sich diese mehr und mehr als ein besonders wesentliches, oft unersetzliches Instrument der Rechtspflege ein.

2. DIE SEKTION

Die Sektion ist ein streng wissenschaftlicher Vorgang, bei dem nach genauen Erkenntnissen die Leiche äusserlich und innerlich methodisch untersucht wird. Sie umfasst in der Regel die Eröffnung von Kopf-, Brust- und Bauchhöhle. Nach Beendigung der Sektion wird die Leiche wieder kunstgerecht verschlossen. Zu der Sektion gehört selbstverständlich auch die mikroskopische Untersuchung verdächtiger Leichenteile bzw. Organe. Die Durchführung der Sektion erfolgt grundsätzlich so, dass das sittliche Empfinden der Angehörigen wie auch der Durchführenden keinesfalls verletzt wird.

a) Die gerichtliche Sektion

Für die gerichtliche Sektion gab es von jeher weniger Probleme. Trotzdem verbindet sich mit dem Begriff der gerichtlichen Sektion für viele ein unangenehmes Gefühl wegen der Begriffsverbindung Tod - Gericht - Polizei.

Der Zweck der gerichtlichen Sektion ist klar:

A 1. Jeder unklare Todesfall ohne Zeugen
  2. Jeder Verdacht auf unnatürliche Todesursache

B 1. Verdacht auf Tod durch eine Infektionskrankheit, bei deren Übersehen eine Epidemie entstehen könnte.
  2. Die sog. Feuerbestattungssektion
  3. Die versicherungsrechtliche Sektion

C 1. Verdacht auf Selbstmord
  2. Verdacht auf Tod durch Fremdverschulden.

Die gerichtsärztlichen Sektionen werden heute noch nach den Vorschriften der §§ 87-91 der Strafprozessordnung vom Jahre 1877 vorgenommen.

Auf Grund der polizeilichen Ermittlungen wird von der Staatsanwaltschaft beim Amtsgericht ein Antrag auf Sektion gestellt. Der Amtsrichter setzt den Zeitpunkt der Sektion fest. Die gerichtliche Sektion ist ein offizieller Gerichtstermin, bei der der zuständige Richter anwesend sein muss. An der Durchführung der Sektion sind zwei Ärzte beteiligt, einer muss der zuständige Gerichtsarzt sein.

Diese Bestimmungen werden sowohl von den Juristen als auch den Gerichtsmedizinern für umständlich gehalten. Eine Änderung dieser Vorschriften würde von beiden Seiten begrüsst werden. Viele Amtsrichter stehen den Leichenöffnungen ablehnend gegenüber, da mit diesen viel Zeitverlust und häufig Änderungen im Terminplan verbunden sind. Auch psychische Gründe mögen vielfach eine Rolle spielen. Die Anzahl der gerichtlichen Sektionen ist somit ein Massstab für die Zusammenarbeit von Juristen und Medizinern.

b) Die klinische Sektion

Das Ziel der klinischen Sektion ist, durch makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Organe und Gewebe des Verstorbenen die zeitlebens festgestellten Krankheitszeichen zu erklären, sowie ihre Entstehung und Verflechtung mit anderen Krankheitsvorgängen zu deuten, die zu Tode führenden Mechanismen aufzuhellen und die Ursache der Erkrankung aufzudecken. Die klinische Sektion ist ein unersetzbares Mittel zur Überwachung des Krankheitspanoramas innerhalb der Bevölkerung. Sie dient der Kontrolle der ärztlichen Bemühungen zur Abwendung und Heilung von Krankheiten. Jede Obduktion bringt eine umfassende Erweiterung des klinischen Befunds. Die Fehlerquelle bei Fehldiagnosen kann nur durch regelmässige Sektion ausgeschaltet werden. Sie gewährleistet die notwendige Fortbildung, angefangen vom Chefarzt bis

zum Medizinalassistenten, und bewahrt den Kranken vor der Gefahr des "Nichtdarandenkens". Eine Aufstellung exakter Mortalitätsstatistiken kann nur durch häufige Sektionen erfolgen. Jeder klinisch nicht einwandfrei und zweifellos geklärte Todesfall zumindest sollte deshalb der pathologisch anatomischen Sektion zugeführt werden. Damit wird der medizinischen Wissenschaft, wie auch den Angehörigen ein wichtiger Dienst erwiesen:

Der Wissenschaft vermittelt die Sektion die Bestätigung der Diagnose und die Ansprechbarkeit auf die Therapie, die Erkennung eventuell noch unbekannter und die Erforschung noch nicht hinreichend bekannter Krankheiten. Damit werden Möglichkeiten für neues Vorgehen in Diagnostik und Therapie geschaffen. Durch Sammlung und Veröffentlichung werden neue Erkenntnisse der gesamten Ärzteschaft vermittelt, wird somit der gesamten Menschheit gedient.

Für die Angehörigen gibt die Todesursache unter Umständen wichtige Hinweise auf mögliche Erbleiden in der Familie, auf gewerbliche Schäden, Umweltsschäden oder Schäden, die auf falsche Lebensweise beruhen. Nur durch die Sektion kann letztlich geklärt werden, ob die Todesursache auf Spätschäden durch Krieg, Gefangenschaft, Unfälle und dergleichen zurückzuführen ist. Ursachen, die vor allem versicherungsrechtlich von Bedeutung sind.

Alle diese Vorteile für die Wissenschaft und für die Allgemeinheit können durch die rechtmässige Verweigerung der Sektion zunichte gemacht werden.

3. RECHTMÄSSIGKEIT DER SEKTION

Unter folgenden Voraussetzungen sind Sektionen gesetzlich zulässig:

A. Im Interesse der Rechtssicherheit und Hygiene:
   1. Gerichtliche Sektionen
   2. Gesundheitspolizeiliche Sektionen
   3. Gegebenenfalls vor einer Feuerbestattung
   4. Verwaltungssektionen i. A. des Gesundheitsamtes

B. Zur Klärung zivilrechtlicher Fragen:
   1. Zur Unfalluntersuchung durch Berufsgenossenschaften
   2. Im Auftrag einer Privatversicherung zur Feststellung der Leistungspflicht.

C. Bei Einverständnis des Verstorbenen zu seinen Lebzeiten.

Absolutes Sektionshindernis ist die zu Lebzeiten des Verstorbenen erfolgte Verweigerung der Sektion; es sei denn, es stehen diesem Willen gesetzliche oder diesen gleich geordnete Gründe entgegen.

Demnach kann ein Arzt, der trotz ausdrücklicher Verweigerung eine Sektion vornimmt, strafrechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werden, da die unberechtigte Sektion nicht den Tatbestand einer Sachbeschädigung, Körperverletzung, Leichenentwendung oder Störung der Totenruhe erfüllt. Ebenso wenig ist strafrechtlich der Tatbestand der Beleidigung der Hinterbliebenen gegeben. Jede Beleidigung setzt einen Angriff auf die Ehre des anderen durch vorsätzliche Kundgebung voraus. Der sezierende Arzt will aber nicht die Ehre oder das Ansehen der Hinterbliebenen verletzen, sondern handelt ausschliesslich aus wissenschaftlichem Interesse. Die unbefugte Sektion verunglimpft auch

nicht das Andenken des Verstorbenen; dies erfordert ein beleidigendes und ehrverletzendes Verhalten in besonders schwerem Masse. Es ist selbstverständlich, dass auch die unbefugte Sektion keinesfalls die Achtung des Verstorbenen und dessen Andenken berührt.

Über die zivilrechtliche Haftung des unbefugt sezierenden Arztes gehen die Meinungen der Juristen weit auseinander. In dem berühmten und viel diskutierten Urteil des Bonner LG von 1928 wird die unbefugt durchgeführte Sektion als Rechtsbruch und sittenwidriges Verhalten verurteilt. Dabei wird nicht die Sektion selbst für sittenwidrig gehalten, sondern die Heimlichkeit, mit der sie hinter dem Rücken der Angehörigen ausgeführt wird. Ein Arzt, der unberechtigt eine Sektion vornimmt, kann also zivilrechtlich zur Rechenschaft gezogen werden und eventuell zur Zahlung von Schmerzensgeld wegen Verletzung des Persönlichkeitsrechts der Hinterbliebenen verurteilt werden. Dies bedingt aber eine Rechtsunsicherheit des sezierenden Arztes, welche dem wissenschaftlichen Interesse entgegenwirkt. Nur ein entsprechendes Gesetz könnte den Arzt aus dieser Rechtsunsicherheit befreien. Zwar stimmen die Juristen mit den Medizinern darin überein, dass die Fortschritte der Medizin zum grössten Teil auf den Ergebnissen der Sektionen beruhen, und halten eine gesetzliche Regelung für notwendig. Jedoch erklären sie es für schwierig, ein Gesetz zu verabschieden, dem die Scheu und die Empfindlichkeit der breiten Masse gegenüberstehe.

Ablehnung der Sektion

Die Ablehnung der Sektion kann also, wie bereits angeführt, durch die zu Lebzeiten des Verstorbenen ausgesprochene Verweigerung, ferner durch die nächsten Angehörigen erfolgen.

Die Gründe für die Ablehnung sind vielgestaltig:
In der breiten Öffentlichkeit wird die Sektion vielfach für menschenunwürdig und einfach unästhetisch angesehen. Häufig wird die Notwendigkeit der Obduktion zur Klärung der Todesursache als billige Neugierde, die Tatsache, dass der menschliche Leichnam als Forschungs- und Lehrmaterial dient als fragwürdig verurteilt. Die sterbliche Hülle wird immer noch zu sehr mit dem Lebenden identifiziert. Der Glaube, der Frieden des Toten wird durch die Sektion zerstört, und die Scheu vor einer vermeintlichen Pietätsverletzung bewirken die Ablehnung. Andere befürchten, die Sektion könne dem Ruf und dem Ansehen des Verstorbenen und seiner Angehörigen abträglich sein, zumal früher meist nur Verbrecher seziert wurden. Leider wird von der Allgemeinheit viel Ungereimtes und Schmutziges in das Verfahren der Sektion hineinphantasiert. Der Laie hat keine Ahnung von der Durchführung der Sektion und verwechselt sie häufig mit der in den anatomischen Instituten vorgenommenen Zergliederung. Die Vorstellung der "Zerstükkelung" eines nahestehenden Angehörigen, noch dazu möglicherweise vor vielen Zuschauern, Studenten, ist für viele ein absolutes Hindernis zur Einwilligung in die Sektion.

In diesem Zusammenhang muss noch auf die Obduktionsklausel, die in den Aufnahmebedingungen, welche den Patienten bei der Einlieferung in das Krankenhaus ausgehändigt wird, enthalten ist, eingegangen werden. Sie wird zu Recht als ungewöhnliche menschliche Zumutung angesehen, die so recht dazu geeignet ist, die Abneigung gegenüber der Sektion noch zu vertiefen. Auch kann diese Klausel, die kleingedruckt und damit leicht übersehbar ist, nach Meinung der Juristen und Ärzte nicht das klare und deutliche Einverständnis ersetzen.

Die Ablehnung der Sektion, die vielfach auf übernommene Vorstellun-

gen, auf Unkenntnis über die Durchführung und Unkenntnis über Sinn und Zweck der Sektion beruht, kann ein Nachteil für die Allgemeinheit sein. Durch entsprechende Aufklärung der Patienten und der Angehörigen, durch das gute persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten werden wesentliche Voraussetzungen geschaffen, um das Misstrauen gegenüber der Sektion zu beseitigen. Allein durch die Information, dass die Klärung der Todesursache im Interesse der Angehörigen liege, erreichte es Wilhelm Müller bereits vor 100 Jahren, dass 90 % der in Jena Verstorbenen seziert wurden. Wenn diese hohe Sektionsquote in einer Zeit erreicht wurde, die viel starrer an bestimmten Vorstellungen und überlieferten Moralbegriffen festhielt, warum sollte dies nicht in unserer in vielen Bereichen aufgeschlosseneren Zeit möglich sein. Religiöse Gründe für die Verweigerung der Sektion haben in einer Zeit, in der die leibliche Auferstehung nicht mehr als solche verstanden wird, nicht mehr dieselbe Berechtigung. Im Codex iuris Canonici wird betont, dass die klinische Sektion ein im Rahmen der modernen Heilbehandlung unentbehrliches, notwendiges und objektiv gutes Mittel zu einem sittlich guten Zweck sei. Auch der Vorwand der Pietät scheint nicht immer der wirkliche Grund für die Verweigerung der Sektion zu sein. Er wird sehr schnell beiseite geschoben, wenn den Hinterbliebenen klar wird, dass durch die Sektion finanzielle Vorteile zu erwarten sind. "Wo Geld winkt - sprich Versicherung - endet Regung frommer Scheu!"

4. ZIELSETZUNG

Die Bevölkerung muss auf den Zweck und Wert der klinischen Sektion hingewiesen werden, sie muss wissen, dass durch die Sektion die Rehabilitierung des Verstorbenen oder seiner Angehörigen hergestellt werden kann. Die Öffentlichkeit muss darüber aufgeklärt werden, dass die klinische Sektion ein wichtiges Hilfsmittel der modernen medizinischen Wissenschaft ist, dass die Entwicklung und Bestätigung neuer Heilmethoden, die Kontrolle alter und neuer Medikamente zum grössten Teil von der regelmässigen Sektion abhängig sind.

Die Sektion ist heute schlechthin nicht wegzudenken von Lehre und Forschung, sie ist untrennbar verbunden mit dem medizinischen wissenschaftlichen Fortschritt und unabdingbarer Bestandteil zur Überwachung und Erhaltung der Volksgesundheit. Im Zeitalter der Massenkommunikationsmittel können diese Tatsachen auch der Allgemeinheit vermittelt werden. Nachdem Presse, Rundfunk und Fernsehen bereits die Aufklärung der Bevölkerung über Krankheiten und Krankheitsverhütung (z.B. Hinweise auf Notwendigkeit der Krebsvorsorgeuntersuchung) übernommen haben, würden sie der Medizin einen weiteren Dienst erweisen, wenn sie auch die breite Masse über Zweck und Bedeutung der Sektion unterrichteten.
Letztlich kann auch durch die sorgfältige Aufbahrung des Leichnams nach der Obduktion, die beweist, dass der Ernst des Todes bewahrt bleibt, bewirkt werden, dass die verständlichen emotionell belastenden Vorstellungen einer Zerstückelung der Leiche abklingen.

Solange kein Gesetz erlassen wird, das die klinische Sektion generell gestattet, hängt eine rege Sektionstätigkeit, die allein den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft bedingt, nur von dem guten Willen und

der Einsicht des Patienten ab. Beides aber ist beeinflussbar durch das Verhältnis Arzt - Patient!

II. PROBLEM

Die Untersuchungen erstrecken sich auf die Jahre 1965 bis 1972. Sie sollen das Verhältnis Obduktionen zu Verweigerungen in Bezug auf die Gesamtmortalität in Bayern aufzeigen.

Die gleichen Untersuchungen sind für die Zeit von 1960 bis 1964 bereits durchgeführt worden. Die Ergebnisse sollen in Relation zu den jetzigen Ergebnissen gestellt werden. Gegenstand der Prüfung sind die Anzahl der Sektionen, die grundsätzlich in Frage kommen, die Höhe des Prozentsatzes an der Gesamtmortalität, die Entwicklung dieser Zahlen während der Beobachtungszeit und, wie oben erwähnt, die Relation zu früheren Untersuchungen.

III. STATISTISCHE ERHEBUNGEN UND TABELLARISCHE AUSWERTUNG

Das Zahlenmaterial erhielt ich aus den Sektionsunterlagen der Pathologien, Prosekturen, Heil- und Pflegeanstalten und aus den Unterlagen der gerichtsmedizinischen Institute und Landgerichte in Bayern, die teils aufgesucht, teils angeschrieben wurden. Die Mortalitätsziffern stammen aus dem statistischen Jahrbuch für Bayern.

Für die einzelnen Regierungsbezirke Bayerns ergaben sich folgende Mortalitätsziffern:

TABELLE I

Sterbefälle

Regierungsbezirke	1965	1966	1967	1968	1969
Oberbayern	32 785	32 795	33 750	35 192	35 782
Niederbayern	11 979	11 582	12 046	12 390	13 074
Oberpfalz	10 313	10 273	10 476	10 854	11 314
Oberfranken	13 227	13 426	13 679	14 630	15 398
Mittelfranken	17 242	16 825	17 428	18 322	19 199
Unterfranken	12 251	12 395	12 647	13 250	13 640
Schwaben	16 589	16 483	16 503	17 673	18 041
Bayern insgesamt	114 386	113 779	116 529	122 311	126 448

TABELLE Ia

Sterbefälle 1960-1964

	1960	1961	1962	1963	1964
Bayern insgesamt:	109 786	106 363	109 282	111 973	108 816

Die Gesamtmortalität in den Jahren 1960 bis 1964 betrug 546 220, sie erhöhte sich in den Jahren 1965 bis 1969 um 47 235 auf 593 485; das ergibt eine Steigerung der Gesamtmortalität um 8,64 %.

In Tabelle II wird die Anzahl der Sektionen an pathologischen und gerichtsmedizinischen Instituten, Landgerichten und den Heil- und Pflegeanstalten gesondert aufgeführt. Die Sektionszahlen der Max Planck-Gesellschaft für Psychiatrie in München wurden nicht ermittelt, da sich die Untersuchungen des Max Planck-Institutes auf ganz Deutschland erstrecken.

TABELLE II

Obduktionen

	1965	1966	1967	1968	1969
Path. Institute und Prosekturen	7 587	8 258	8 697	8 974	8 749
Heil- u. Pflegeanstalten	149	178	196	204	193
Gerichtsmed. Institute und Landgerichte	1 548	1 327	1 528	1 479	1 639
Gesamtzahl	9 284	9 763	10 421	10 657	10 581

Die oben angeführten Zahlen geben nicht die effektiven Zahlen an, die für die späteren Berechnungen benutzt wurden. Ein Teil der Sektionen wurde in Zusammenarbeit mit anderen Instituten durchgeführt und von beiden Instituten registriert. Um zu vermeiden, dass durch Doppelzählungen ein falsches Bild entsteht, wurden alle Doppelzählungen von der Gesamtzahl subtrahiert. Die in Tabelle III angegebenen Zahlen sind somit effektiv.

TABELLE III

Revidierte Obduktionszahlen

	1965	1966	1967	1968	1969
Path. Institute und Prosekturen	7 514	8 141	8 576	8 838	8 653
Heil- u. Pflege-anstalten	149	178	196	204	193
Gerichtsmed. Institute und Landgerichte	1 460	1 255	1 429	1 398	1 559
Gesamtzahl	9 123	9 574	10 201	10 440	10 405

In Tabelle IIIa wird zum Vergleich die Anzahl der Obduktionen für die Jahre 1960-1964 wiedergegeben.

TABELLE IIIa

Obduktionszahlen 1960-1964

	1960	1961	1967	1968	1969
Path. Institute und Prosekturen	6 441	6 747	6 822	6 760	6 802
Heil- und Pflege-anstalten	331	304	234	213	242
Gerichtsmed. Institute und Landgerichte	1 136	1 073	1 190	1 355	1 320
Gesamtzahl	7 908	8 124	8 246	8 328	8 364

Es war leider nicht möglich, genaue Zahlen für die Verweigerungen zu ermitteln, da verschiedene Institute, die nicht direkt Krankenhäusern angeschlossen sind und nur im Auftrag sezieren, sowie die Heil- und Pflegeanstalten die Anzahl der Verweigerungen nicht protokollarisch

festhalten. Die Anzahl der Verweigerungen dürfte demnach noch höher liegen.

Die Zahlen in Tabelle IV beziehen sich nur auf Verweigerungen an Prosekturen, pathologischen und gerichtsmedizinischen Instituten.

TABELLE IV

Verweigerungen

	1965	1966	1967	1968	1969
Path. Institute und Prosekturen	3 829	3 996	4 272	4 697	4 980
Gerichtsmed. Institute	91	138	144	102	99
Gesamtzahl	3 920	4 134	4 416	4 799	5 079

Die folgende Tabelle enthält die Zahlen der Verweigerungen für die Zeit von 1960 bis 1964.

TABELLE IVa

Verweigerungen 1960-1964

	1960	1961	1962	1963	1964
Path. Institute und Prosekturen	2 929	2 977	3 181	3 411	3 430
Gerichtsmed. Institute	81	88	136	129	157
Gesamtzahl	3 010	3 065	3 317	3 540	3 587

Die Tabelle V soll Aufschluss über den Anteil der Verstorbenen, die überhaupt für eine Obduktion in Betracht gezogen wurden. Die Anzahl der zur Obduktion vorgeschlagenen setzt sich zusammen aus dem An-

Zahl der vorgenommenen Sektionen und dem der Verweigerungen.

TABELLE V

Anzahl der zur Obduktion vorgeschlagenen Verstorbenen

	1965	1966	1967	1968	1969
Sektionen	9123	9574	10201	10440	10405
Verweigerungen	3920	4134	4416	4799	5079
Gesamtzahl	13043	13708	14617	15239	15484

Für die Jahre 1960-1964 ergaben sich folgende Ergebnisse:

TABELLE Va

Anzahl der zur Obduktion vorgeschlagenen Verstorbenen 1960-1964

	1960	1961	1962	1963	1964
Sektionen	7908	8124	8246	8328	8364
Verweigerungen	3010	3065	3317	3540	3587
Gesamtzahl	10918	11189	11563	11868	11971

Tabelle VI enthält eine Zusammenfassung der Einzelbefunde für die Jahre 1960 bis 1969.

TABELLE VI

Zusammenfassung

	Mortalität (100 %)	Obduktion vorgeschlagen (100 %) +		Verweigerungen		Obduktionen	
1960	109 786	10 918	9,91 %	3 010	27,56 % +	7 908	7,20 %
1961	106 363	11 189	10,05 %	3 065	27,39 % +	8 124	7,63 %
1962	109 282	11 563	10,06 %	3 317	28,68 % +	8 246	7,54 %
1963	111 973	11 868	10,05 %	3 540	29,82 % +	8 328	7,44 %
1964	108 816	11 971	11,00 %	3 587	29,96 % +	8 364	7,69 %
1965	114 386	13 043	11,40 %	3 920	30,05 % +	9 123	7,98 %
1966	113 779	13 708	12,04 %	4 134	30,15 % +	9 574	8,40 %
1967	116 529	14 617	12,54 %	4 416	30,21 % +	10 201	8,75 %
1968	122 311	15 239	12,45 %	4 799	30,83 % +	10 440	8,53 %
1969	126 448	15 484	12,25 %	5 079	32,80 % +	10 405	8,22 %

+ bezogen auf die zur Obduktion vorgeschlagenen Verstorbenen

IV. DISKUSSION

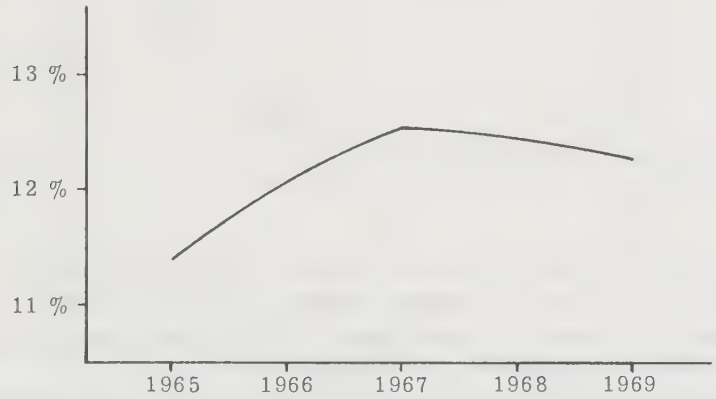
Der prozentuale Anteil der Verstorbenen, die überhaupt für eine Obduktion in Betracht gezogen wurden, ist, bezogen auf die Gesamtmortalität, gering. Während sich in den Jahren 1960-1964 eine Zunahme von 1,1 % ergab, beträgt diese für den Vergleichszeitraum 1965-1969 nur 0,85 %. Für den gesamten Zeitraum 1960-1969 aber ergibt sich eine Zunahme von insgesamt 2,34 %.

Aus der graphischen Darstellung ist ersichtlich, dass der Anteil der zur Obduktion vorgeschlagenen Verstorbenen von 1964-1969 relativ stark anstieg. Der Prozentsatz steigt dabei vom Jahre 1964 mit 11,00 % über 11,40 %, 12,04 % auf 12,54 % im Jahre 1967, sinkt aber dann bis 1969 auf 12,25 % zurück.

Aus Tabelle III und IIIa ist zu ersehen, dass die absolute Zahl der Obduktionen von 1960-1969 kontinuierlich anstieg. Der prozentuale Anteil der Obduktionen nahm von 1960-1969 um insgesamt 1,02 % zu. Verhältnismässig stark ist der Anstieg der Obduktionen wiederum in den Jahren 1964-1967: der Prozentsatz steigt vom Jahre 1964 mit 7,69 % über 7,98 %, 8,40 % bis auf 8,75 % im Jahre 1967. (Zunahme 1960-1967 1,55 %) 1968 geht der Prozentsatz auf 8,53 %, 1969 auf 8,22 % zurück. (Abnahme 1967-1969 0,53 %) Insgesamt kann also weder von einer deutlichen Aufwärts-, noch von einer eindeutigen Abwärtsentwicklung gesprochen werden.

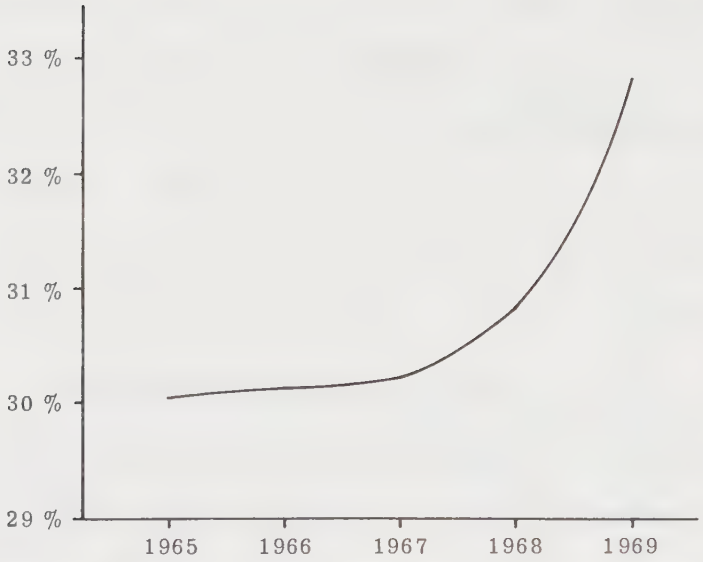
Deutlich ist eine prozentuale Zunahme der Verweigerungen zu erkennen. 1960 beträgt der Prozentsatz 27,56 %, 1969 32,80 %. (ZUnahme 5,24 %) Aus der graphischen Darstellung ist ersichtlich, dass der prozentuale Anteil der Verweigerungen vor allem in den Jahren 1961-1963

und 1967-1969 sprunghaft angestiegen ist, während der Anstieg in den Jahren 1963-1967 relativ geringfügig ist. Der Prozentsatz, der 1967 30,21 % betrug, erhöhte sich bis 1969 um 2,59 % und erreichte somit die Gesamtzahl von 32,80 %.

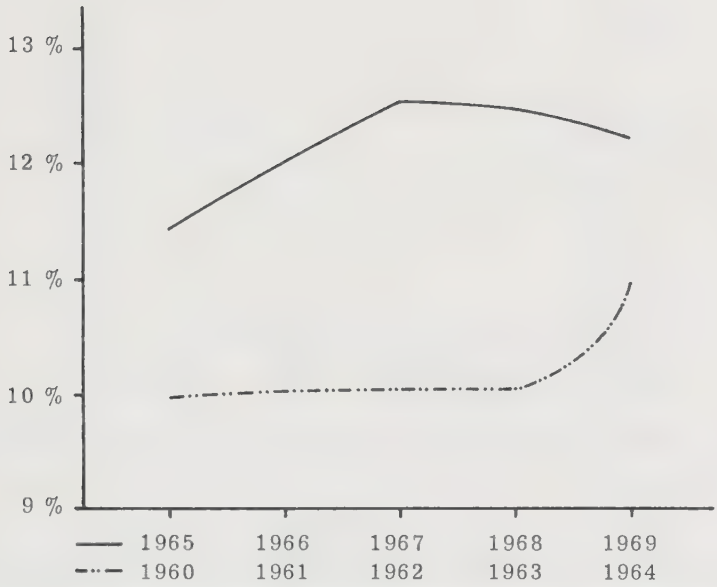


Prozentualer Anteil der für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen, bezogen auf die Gesamtmortalität (100 %)

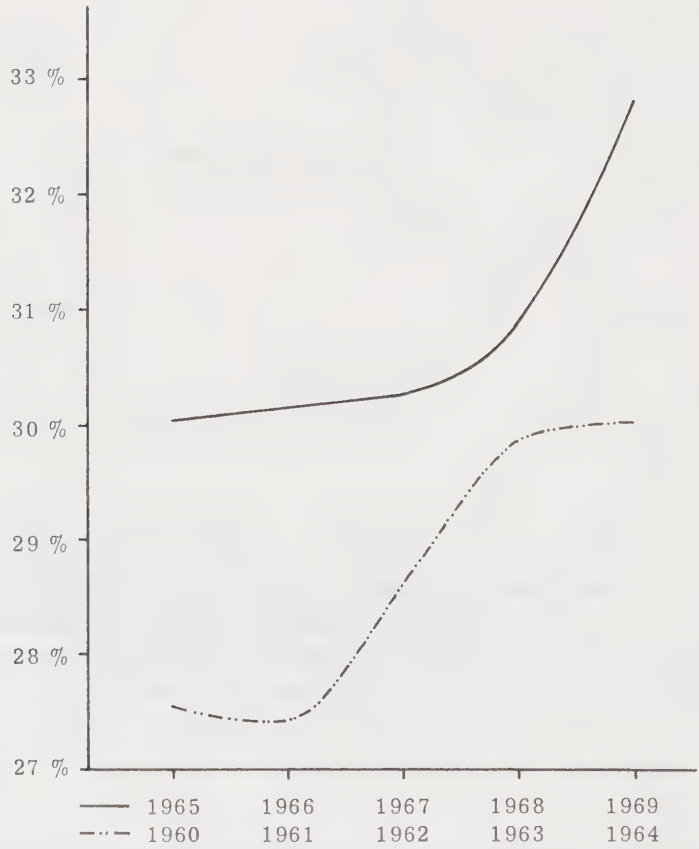
Prozentualer Anteil der Obduzierten an der Gesamtmortalität (100 %)



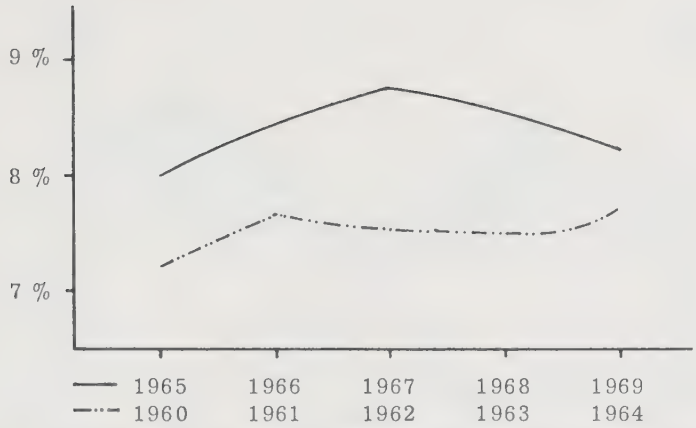
Prozentualer Anteil der Verweigerer, bezogen auf die für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen (100 %)



Prozentualer Anteil der für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen, bezogen auf die Gesamtmortalität (100 %)



Prozentualer Anteil der Verweigerer, bezogen auf die für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen (100 %)

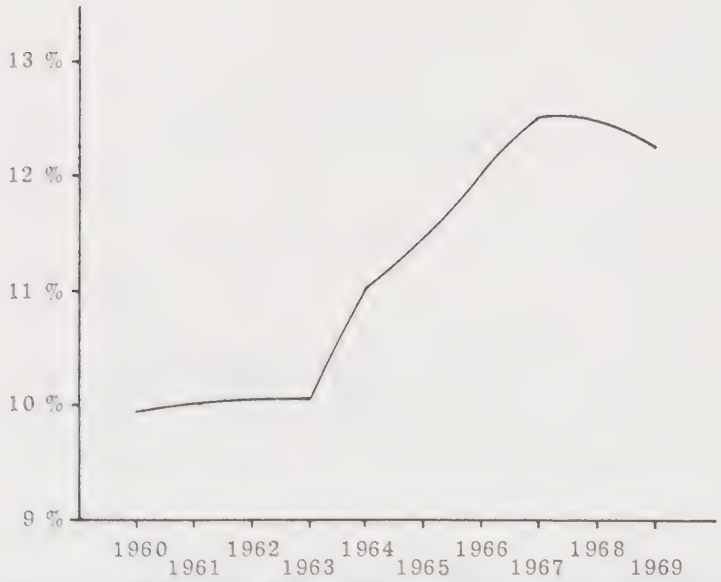


Prozentualer Anteil der Obduzierten an der Gesamtmortalität (100 %)

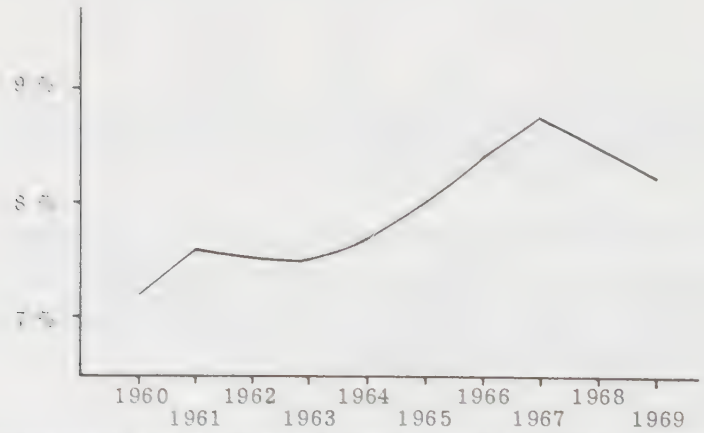
Aus der graphischen Darstellung für den Zeitraum 1960-1969 ist ersichtlich, dass von 1963-1967 ein kontinuierlicher Anstieg der für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen zu verzeichnen ist, der 1967 seinen Gipfel erreicht, um danach geringfügig wieder abzufallen.

Ebenso erfolgt ab 1963 eine stete Zunahme der Obduktionen, mit Gipfel 1967 und deutlicher Abnahme 1969.

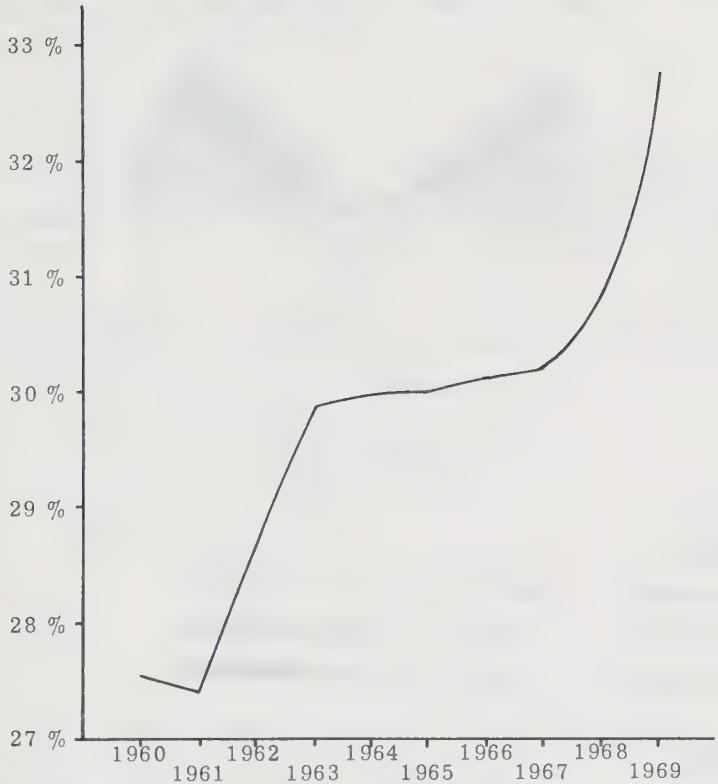
Die graphische Darstellung des prozentualen Anteils der Verweigerer zeigt, nach einem kurzen Rückgang von 1960 auf 1961, einen ersten steilen Anstieg 1961-1963, anschliessend eine gewisse Stagnation und ab 1967 einen zweiten steilen Anstieg.



Prozentualer Anteil der für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen, bezogen auf die Gesamtmortalität (100 %)



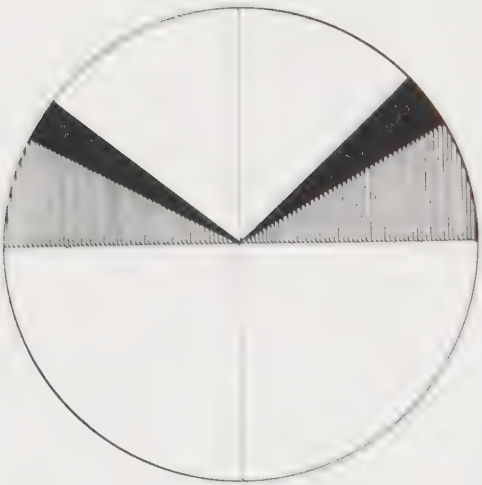
Prozentualer Anteil der Obduzierten an der Gesamtmortalität (100 %)



Prozentualer Anteil der Verweigerer, bezogen auf die für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen (100 %)

Die Gesamtdarstellung für die Jahre 1965-1969 ergibt, dass von 593 485 Verstorbenen nur 49 743, das sind 8,38 %, obduziert wurden und bei 22 348, also 3,77 %, die Sektion verweigert wurde.

Im Vergleichszeitraum 1960-1964 wurden von 546 220 Verstorbenen 40 970, 7,50 %, obduziert. Bei 16 519 Verstorbenen, 3,02 %, wurde die Sektion verweigert.



1960 - 1964

1965 - 1969

1960-1964

Verstorbene:	546 220	= 100	%
Obduktionen:	40 970	= 7,50	%
Verweigerungen:	16 519	= 3,02	%

1965-1969

Verstorbene:	593 485	= 100	%
Obduktionen:	49 743	= 8,38	%
Verweigerungen:	22 848	= 3,77	%

Tabelle VII gibt abschliessend die Gesamtzahl der Verstorbenen, der Sektionen und Verweigerungen für 1960-1964 und 1965-1969 sowie die Steigerung an.

TABELLE VII

	1960-1964	1965-1969	Steigerung %
Verstorbene	546 220	593 485	8,64 %
Sektionen	40 970	49 743	21,41 %
Verweigerungen	16 519	22 348	35,29 %

V. ZUSAMMENFASSUNG

1965-1969 hatten wir in Bayern 593 485 Todesfälle. Für eine Obduktion in Betracht kamen 12,15 %, seziert wurden 8,38 %. Wie aus Tabelle VI erkenntlich ist, hat sich im wesentlichen nichts geändert; d.h. es konnte weder eine eindeutige Aufwärts- noch Abwärtsbewegung festgestellt werden.

Daraus ist zu schliessen, dass auch heute noch die Einstellung der Allgemeinheit zu einer Sektion ablehnend ist. Eine Änderung könnte erfolgen durch eine breite Aufklärung der Bevölkerung und durch eine Neuregelung der gesetzlichen Bestimmungen. Damit eine vermehrte Sektionstätigkeit gewährleistet werden kann, ist nicht zuletzt eine grössere Anzahl von Prosekturen mit geschultem Personal dringend notwendig.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

BOHNE, G. Das Recht zur klinischen Leichensektion.
C. L. Hirschfeld-Verlag, Leipzig 1932

Empt, U. Das Verhältnis von Obduktionen und Verweigerungen, bezogen auf die Gesamtmortalität in Bayern.
Inaugural-Dissertation, München 1967

GLOGGENGIESSER, W.:
Referat pathologische Anatomie
MMW 30, 1952

HALLERMANN, W. Jeder Fall eines unerwarteten Todes sollte obduziert werden.
Wissenschaftliche Sitzung Tod und Leichenschau
Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Band 62, 1968

HÄNDEL, K.: Leichenschau und gerichtliche Leichenöffnung aus der Sicht der Rechtspflege.
Wissenschaftliche Sitzung Tod und Leichenschau
Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Band 62, 1968

HERDING, W. Zur Geschichte und Bedeutung der Leichenöffnungen von anatomischen, pathologisch-anatomischen und gerichtsmedizinischen Standpunkten aus
Inaugural-Dissertation, München 1943

HOCHREIN und J. SCHLEICHER
Obduktion und internistische Begutachtung
MMW 17, 1968

KLOOS, F. Sektion der Kyema
DA Nr. 6, 1968

KOHLHAAS, M. Zur Zulässigkeit der Sektion
Dtsch. med. Wschr. 22, 1969

LANDES, G. und ZÖTL, E.
Sektionsstatistik einer medizinischen Abteilung
MM 35, 1966

MÜLLER, B. Aktuelle Fragen der Leichenschau und Leichenöffnung
Wissenschaftliche Sitzung Tod und Leichenschau
Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Band 62, 1968

SCHMELCHER, R. Arzt und Recht; Zur Haftung des Arztes bei unbefugten Sektionen
Dtsch. med. Wschr. 10, 1961

SPANN, W. Ärztliche Rechts- und Standeskunde
J. F. Lehmann-Verlag, München 1962

SPANN, W., LIEBHARDT, E. und EMPT, U.
Das Verhältnis von Obduktionen und Verweigerungen, bezogen auf die Gesamtmortalität in Bayern
MMW 109, 1967

TROCKEL, H. Menschenwürde und medizinisch biologische Forschung
Neue juristische Wochenschrift, Heft 6, 1971

Herrn Prof. Dr. med. W. Spann danke ich
für die Übernahme des Korreferates.

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. E. W. Liebhardt
danke ich für die freundliche Überlassung
des Themas und für seine freundliche
Hilfe und nützlichen Ratschläge.

LEBENSLAUF

Am 27.8.1944 wurde ich als Tochter der Ärztin Eugenie Marinova, verehelichte Schleuter, und des Dipl.-Ing. Dr. Friedrich Schöffel in München geboren. Die Volksschule und die höhere Schule besuchte ich in München. Am 15. Juli 1965 legte ich am Deutschen Gymnasium in München die Reifeprüfung ab. Nach einem Semester Naturwissenschaften begann ich im Sommersemester 1966 das Medizinstudium in München. Das Staatsexamen machte ich im Frühjahr 1972.